

Title	臨床瑣談
Author(s)	
Citation	日本外科宝函 (1940), 17(1): 191-200
Issue Date	1940-01-01
URL	http://hdl.handle.net/2433/205149
Right	
Type	Others
Textversion	publisher

臨 床 瑣 談

顔面脾脱疽ノ1例

福 島 謙 一 (京都外科集談會昭和14年9月例會所演)

患 者: 33歳, 男

主 訴: 顔面ノ有痛性腫脹

家族歴及既往症: 特記スベキモノナシ。

現病歴: 患者ハ現在兎皮ノ外ニ支那ヨリ渡來セル毛皮ヲ賣買シツ、アルト言フ。1昨日午前7時頃戶外ニテ右下眼瞼部ヲ昆蟲ニ刺サレ、午後5時頃ニ至リ同部ガ有痛性ニ稍腫脹、昨朝ヨリ益々増大シ遂ニ顔面全體ニ及ブニ至レリ。昨日來熱感有リ。

現 症: 體格大、骨格強、榮養良、意識明瞭、脈搏1分時120、整稍弱小、胸、腹部臟器ニ異常ナシ。

局所所見: 顔面ハ一般ニ淡赤色、極度ニ腫脹シ殊ニ右半分ニ著シク兩眼裂共ニ閉ザサレ口唇モ著シク腫脹ス。此ノ淡赤色ノ腫脹ハ頸部、頭部ヲ經テ前胸部、背部ニ及ビ前胸部ニテハ正中線ニ於テ第Ⅱ肋骨ノ高サニ迄達ス。右眼瞼部ニテ右下眦ノ下方ニ長サ約1浬、幅0.5浬ノ横ニ長キ橢圓形ノ黒紫色ヲ呈セル壊死性痂皮ヲ認メ皮膚面ヨリ僅カニ膨隆シ、一部破レテ淡黃色、透明ノ液ヲ漏ス。右下眼瞼縁ニテ内眦部ニ1ヶ、上眼瞼縁ニ沿ヒテ2ヶノ何レモ略豌豆大ノ水疱ヲ認ム。壊死性痂皮ノ周圍即チ上ハ右眉毛部右ハ顴骨ト耳珠ノ中央左ハ鼻翼ノ右下端ハ鼻孔ノ高サ迄ハ特ニ彈性硬ノ硬結アリ壓痛著明。頸部淋巴腺ハ腫脹ノタメ不明ナルモ兩腋窩淋巴腺ハ示指頭ニ壓痛アリ。

血液所見: 血色素98(ザーリ), 赤血球680萬, 白血球12700, 中性多核白血球97%, 赤血球沈降速度中等値2.25。

尿所見: 著變ナシ。

經過及處置: 入院當日(發病第3日): 痂皮下ヨリ漏出スル組織液並ニ水疱液ヲ採リ染色檢鏡スルニ脾脱疽菌ヲ證明ス。依ツテ壊死性痂皮ノ部ヲ電氣燒灼器ニテ燒灼シ、硼酸軟膏ヲ貼布、更ニ腫脹全面ニ互リテ硼酸₂リマオン¹液(2%硼酸水600.0, 0.1%₂リマオン¹液30.0)ヲ以テ冷罌法ヲ施ス。輸血(B型)30.0₂ヲ行ヒ、以後毎日強心劑、リンゲル氏液注射及隔日ニ₂アクチゾール¹注射。第2日(發病第4日): 脈搏弱小、呼吸困難アリ。右眼瞼部ノ水疱増大シ胸部ノ發赤、腫脹モ増大。最高體溫39.2°C。脾脱疽血清20.0大腿筋肉内注射。第3日(發病第5日): 脈搏1分時140、不整、弱。體溫39.8°C。呼吸困難激シク、意識渾濁シ來ル。燒灼セル部ハ皮膚面ヨリノ隆起ナク、既ニ組織液ハ漏サズ。然シ他ノ水疱ハ増大ス。本日ヨリ毎日脾脱疽血清40.0₂大腿筋肉内注射。第4日(發病第6日): 脈搏緊張稍強ク、呼吸モ安靜トナル。發赤腫脹ハ顔面ニ於テハ減ジ初メ、左眼裂ハ開クニ至リシガ、胸部ニテハ第Ⅶ肋骨ノ高サニ及ビ又兩上膊ニモ擴ガル。水疱ノ内容液(淡黃色透明)及血液ヨリハ脾脱疽菌ヲ證明セズ。血色素102, 白血球16200, 中性多核白血球94%, 赤血球沈降速度中等値1.85。第5日(發病第7日): 眼瞼部ノ水疱小トナリ、胸部上膊ノ發赤、腫脹ハ減退シ初メタルモ腹部ハ鼓腸ノタメ瀰漫性ニ膨滿シ來リ發赤、腫脹ヲ伴フ。脈搏ハ正常トナル。第6日(發病第8日): 體溫37.2°Cニ下降シ眼瞼ノ水疱及顔面、胸部ノ發赤腫脹殆ンド消退。血色素80, 白血球7800, 中性多核白血球91%, 赤血球沈降速度中等値3.0。第8日(發病第10日): 顔面ノ腫脹ハ幾分殘ルモ胸部ハ既ニ消退セリ。腹部ノ膨滿益々度ヲ加ヘ、發赤、腫脹ヲ伴フ。顔面ノ濕布ヲ中止シ硼酸軟膏ヲ貼布ノミトス。血色素65, 白血球10600, 中性多核白血球64%, 赤血球沈降速度中等値3.0。第9日(發病第11日): 腹部ノ膨滿益々度ヲ増ス。第11日ニハ尿量200.0₂トナリ蛋白陽性。第12日(發病第14日): 顔面ノ所見殆ンド正常トナリ痂皮モ消退シ始ム。腹部ノ發赤、腫脹ハ消退セルモ依然膨滿ス。兩側大腿前面、上膊搔痒性發疹ヲ來ス。血色素75, 白血球16600, 中性多核白血球98%, 赤血球沈降速度中等値13.8。第13日(發病第15日): 發疹擴大スルニ及ビ(即血清病惹起)血清注射ヲ中止、2%鹽酸₂カルチウム¹ノ注射。第16日(發病第18日): 午後10時頃ヨリ突然脈搏不整、弱小トナリ意識渾濁シ來リ入院第17日午前8時遂ニ鬼籍ニ入ル。

結 論：1) 本例ハ33歳ノ強壯ナル男子ニ發生セシ顔面脾脫疽ノ1例ニシテソノ潜伏期ハ約10時間ナリ。2) 初メ右眼瞼部ニ脾脫疽膿疱ヲ生ジ約2晝夜ノ間ニ脾脫疽癰トナリテ顔面、頸部、頭部ニ及ブ淡赤色ノ腫脹ヲ生ジ、上膊、腹部マデ達シテ發病約15日ニシテ消退セリ。所謂脾脫疽丹毒ト稱スベキモノニシテ連鎖狀球菌ニヨル丹毒ヨリモ發赤ハ淡ク境界判明セズ、腫脹極メテ強シ。3) 血液所見ニテハ白血球ハ急性炎症ノ變化ニ一致スルモ赤血球沈降速度ハ全經過ヲ通ジテ著變ナシ。4) 膿疱ノ一部ハ燒灼シ一部ハ軟膏及冷罨法ノミトセシガ前者ハ治癒ニ長時日ヲ要セリ。即チ膿疱、癰デハ燒灼モ好影響ヲ及サズ。血清療法ガ最モ適當ナル療法ト思ハル。要スルニ疾病ノ極ク初期ニアラザル限り非觀血的療法ガ適當ト思考サル。

異常ナル急性化膿性乳房炎ノ臨床像ヲ呈セル乳癌ノ1例

松 田 孫 一 (京都外科集談會昭和16年11月例會所演)

患 者：45，女(20/XII入院)

主 訴：右乳房ノ有痛性腫脹

家族歴及既往症：特記スベキモノハナイ。

現病歴：本年5月頃右乳房ニ鳩卵大ノ無痛性硬結ノアルノニ氣附イタガ別ニ大キクナル様ニモ思ハナカツタ。7月中旬ヨリ約1ヶ月間「水仙ノ根」ヲ貼用セルニ急ニ増大シ手拳大トナツタ。21/VIIヨリ電氣の治療ヲ受ケタガ益々増大シ小兒頭大トナツタ。20/IXニハ39°Cニ達スル發熱アリ乳房炎トシテ切開ヲ受ケタ。其後連日39°C内外ニ達スル弛張熱ガアリ時々惡寒ヲ伴フ様ニナツタ。腫脹ハ自發痛ハナイガ壓痛ハアル。

入院時所見：體格中等，榮養良，體溫37°C，脈搏82，整實，一般狀況ニ特ニ述ベル程ノモノナシ。

局所々見：右乳房小兒頭大ニ腫大，表面平滑，暗紫色，強く緊張シ光澤アリ。被覆皮膚ハ浮腫性。乳嘴ノ外上方ニ約2釐ノ切開創アリ，白色ノ壊死組織ヲ認ム。乳嘴ハ陷凹ナク又何レニモ傾イテキナイ。觸診スルニ局所ハ溫度上昇著明，中央部ハ波動アリ健康部ト腫痛トノ境界ハ銳利ナルモ皮膚ハ壓痕ヲ胎ス。彈性硬，輕度ノ壓痛アリ。稍々力強く壓スルニ，既存切開創ヨリ多量ノ膿トソレニ混ジテ壊死組織片ヲ排出ス。膿ヨリハ白色葡萄狀球菌ヲ證明。

血液所見：白血球數10300，核ノ左方偏位アリ。

診 斷：急性化膿性乳房炎

經過並ニ處置：入院當日ヨリ弛張熱ハ消失シ，連日拇指頭大ノ壊死組織片及膿ヲ排出シタガ單ニ浮腫ガ消退シタノミデ腫痛縮小セズ。入院後11日目既存切開創ヲ外方ニ擴大。腫痛ハ甚ダ出血性ニ富ム。翌日ヨリ弛張熱，惡寒ヲ伴ヒ刺戟性咳嗽頻出スルニ至ル。ヨツテ15日目(5/XII)敗血症ノ虞大ナルモノトシテ乳房切斷術ヲ行フ。腫痛ハ境界銳利，大胸筋ヨリ容易ニ剝離シ得。右腋窩ヨリ鶏卵大，彈性硬，中央波動ヲ呈セル淋巴腺ヲ剔出ス。本症ニ於テハ其ノ經過中並ビニ手術時ノ所見ガ急性化膿性乳房炎トシテハ稍々異ナル狀態ヲ示シテ居ルノデ腫瘍ヲ組織學的ニ檢鏡シタ所單純性癌腫ノ像ヲ發見シタ。依ツテ17/XI支配下淋巴腺ノ清掃ヲ施行ス。

考 察：本例ハ來院時ノ所見ガ全ク急性炎症狀ヲ呈シテ居タ爲ニ發病當初ノ無痛性硬結ヲ慢性炎症ニ依ルモノト判斷シタノデアル。恐ラク乳癌ガ既述ノ諸種ノ療法ニヨリ刺戟ヲ受ケテ急速ニ増大シ，中央部ノ壊死軟化セルモノニ切開ヲ加ヘラレソノ創ヨリ感染シ急性化膿性乳房炎ノ臨床像ヲ呈シタモノト考ヘラレル。

慢性纖維包裹性腹膜炎(腸管膜様包裹症)ノ 1 例

内 藤 一 男

患 者: 33歳, 男 (昭和14年12/Ⅶ入院)

主 訴: 疝痛様腹痛

現病歴: 昨午午後10時頃(入院24時間前)ヨリ左腹部ニ疝痛様腹痛ヲ來ス。注射ニヨリ一旦輕快セルモ, 今朝來再ビ同様ノ腹痛及嘔吐アリ。午後7時頃(入院3時間前)再ビ注射ヲ受ク。昨夜1回便通アリタルモ, 發病來放屁ナシ。

既往歴: 19歳ノ頃ヨリ年ニ1回位疝痛様腹痛ヲ來シ, 2, 3日ニテ消失スルヲ常トセリ。3年前腹部ノ激痛及膨滿ヲ來シ某醫ヨリ腹膜炎ト診斷サレ約1ヶ月ノ保存的療法ニテ全治セリ。昨午右側陰囊水腫ノ手術ヲ受ケタリ。便通ハ平常ハ1日1回ナルモ, 腹痛ヲ來セシ際ハ便秘ス。

家族歴: 特記スベキコトナシ。

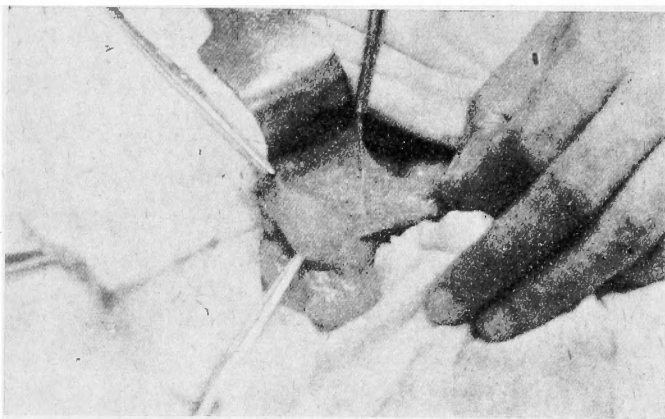
一般所見: 體格, 榮養中等, 顔貌ヤヤ苦悶狀, 脈搏84, 整調, 緊張良, 體溫37.6°C。

局所所見: 腹部ヤヤ膨滿, 蠕動不穩及腹筋緊張著明ナラザルモ, 腹壁ハ全般的ニ輕度ノ抵抗アリ。左下腹部ニ壓痛アリ, Blumberg氏症候陽性。廻盲部ニハ何等ノ所見ナシ。腸雜音時々有響性ナリ。經肛門指診ニテハ異常ヲ認メズ。尙右鼠蹊部ニ古キ手術痕アリ。

血液所見: 白血球數12600, 中性多核白血球89%。

診 斷: 恐ラク結核性腹膜炎ニヨル「イレウス」ナラント診斷。

手術所見(第1回): 下腹正中線ニテ開腹。腹壁腹膜正常, 腹腔内ニ相當量ノ輕度ニ濁セル腹水アリ(大腸菌陰性)。腸蹄係ハ一面ニ平滑光澤アル血管ニ乏シキ薄膜ニテ被ハレ, コノ薄膜ハ大網膜トハ互ニ移行シ境界不明ナルモ, 腹壁腹膜トハ無關係ニシテ癒着ナシ。又腸管漿膜トノ間ニモ移動性ヲ有シ癒着ナク, 薄膜ノミツマミ上ゲルコトヲ得。コノ薄膜ヲ破リテ腸蹄係ヲミルニ同様ノ組織ニヨリテ隨所ニ癒着アリ。剝離シテ行クニ, ホボ廻腸ノ中央附近ニテ約50cm長ノ腸管ガ360°捻轉シ, 根部ニテ膜様索狀物ニテヤヤ強ク絞扼サレ, タメニ多少ノ膨滿, 充血アルモ著シキ循環障礙ナシ。絞扼部ヨリ口側ノ腸管ハ膨滿シ, 肛側ノモノハ縮小ス。



手術所見: 膜様物ヲツマミ上ゲタルトコロ

直ニ索狀物ヲ切除シ腸管ヲ整復ス。蟲様突起ハ全ク正常ナルモ, 薄膜ニテ被ハル。

薄膜ハ全小腸ヲ被ヒ更ニ胃及肝臓ニ及ベルモ, 肝縁自身ハ正常, 盲腸, 上行, 下行及S狀結腸部ハ被ハレズ。尙結核結節ハ何處ニモ認メラレズ。又先年ノ陰囊水腫ノ手術痕ハ腹腔トハ無關係ナリ。

カクテ小腸ノ癒着ヲ漿膜ヲ損傷セザルヤウ注意シツツ可及的ニ剝離ヲ試ミタル後手術ヲ了ル。

尙マントー氏反應陽性。ワ氏反應陰性。赤血球沈降速度ハ中等價ニテ術後2日目43.5, 術後10日目13.7ナリ。

術後ノ經過順調ニシテ手術創ハ第1期癒合。術後19日目ニ蟲様突起切除術施行。

第2回手術所見: 右傍直腹筋切開ニテ開腹。今回ハ腹水ハ認メラレズ。前回手術時ニ認メタル薄膜ハ前回出來ルダケ剝離サレ, 且腸管ノ膨滿去リタルタメ, ヤヤ不明瞭トナレルモ尙諸所ニ存ス。型ノ如ク蟲様突起切除術ヲ行ヒ, 尙薄膜ノ諸所ヨリ試験切片ヲトリテ手術ヲ終ル。今回モ何處ニモ結核結節ハ認メラレズ。

術後經過: 良好, 第2回手術創モ第1期癒合。第2回手術後22日目全治退院。

組織學的所見：1) 膜様物：結締織ノ間ニ多少毛細管ノ新生ヲ認ムル他炎症ノ徴候ナシ。結核性變化ハ認メラズ。2) 蟲様突起正常ニシテ炎症性變化ハ認メラズ。

即チ本例ハ開腹ニヨリ始メテ腸管膜様包裹症(慢性纖維包裹性腹膜炎, Peritonitis chronica fibrosa incapsulata)ニ腸捻轉ヲ合併セルモノナルコトガ判明セルモノナリ。

本疾患ハ1913年始メテ Esau ニヨリ Polyserositis トシテ報告サレ、其後合計約150例、内本邦ニテハ昭和2年鹽田氏ニヨリ初メテ報告サレテ以來30例ノ報告アリ。術前多クハ結核性腹膜炎、廻盲部結核、卵巢囊腫、蟲様突起炎、腸重積、腸間膜囊腫等ト診斷サレ、又ハ原因不明ナル腸狭窄若クハ腸閉塞症トシテ手術サレ、開腹ニヨリ始メテ本症ナルコトガ判明スルノガ常デ、術前ノ確診ハ殆ド不可能トサレテキル。本症ノ定型ナル場合ハ開腹時ノ所見ガ特有デ、腹壁腹膜ニハ別段異狀ナク、腹内ニハ卵巢囊腫ノ如キ乳白色滑澤ナ表面ヲ示セル腫瘤ガアルノミデ腸管ハドコニモ見ルコトガ出来ナイ。勿論膜ノ厚薄、ソノ包裹ノ程度ハ種々デアル。

本症ノ成因ニ就テハ腹腔内廣範圍ニ亙ル慢性炎症ノ結果、シカモソノ大部分ハ結核性腹膜炎ノ結果デアルトサレテキル。而シテ本邦ニ於ケル30例中肉眼的(肉眼的ニ所見ナク組織學的検査ニヨリ始メテ結核性病變ヲ認メラレタル例相當アリ。)或ハ組織學的ニ結核性ト確認サレタノハ13例デアリ、之ニ對シ非結核性ト確認サレタノハ殆ドナシ。

本症例ハ膜様物ニ就テハ肉眼的及組織學的ニ結核性所見ハ全クナキモ、一般ニ結核性病變ノ治癒セル場合特異ナル所見ナキ結締織性ニ變化スルコトアルハ知ラレタ事實ナルガ故ニ、本例モ之ヲ非結核性ナリト斷定スル能ハズ。一方本例ニテ結核性以外ノ原因ガ考ヘラレルカトイフニ、蟲様突起ハ肉眼的及組織學的ニ全ク正常デ、先年ノ陰囊水腫ノ手術モ腹腔内トハ無關係ナリ。問題ハ結核性以外ニ腹腔内ニ廣範圍ニ擴ガレル慢性ノ治癒ノ傾向ヲ有スル疾患ガ他ニ存在シ得ルヤ否ヤナル。シカシ盲腸周圍炎或ハ十二指腸潰瘍ガ長ク存在シタ場合ソノ部ノ漿膜ニ變化ガ起ツテ膜様物ニヨリ一部腸管ガ包マレルコトハ屢々認メラルルモ、腸管大部分ニ擴ガレル永續性病變トシテハ結核性以外ニハ一般的ニ考ヘ難イト思ハレル。

今一ツ本例デ特異ナルハ腸捻轉ヲ合併セル點ニシテ、カカル報告例ハ從來ナキモ本例ノ如ク膜様包裹ガ比較的輕度ニシテ腸管ガ未ダ可動性ヲ保ツテキル場合ニハ、既ニ存在セル慢性腸狭窄ニヨル蠕動昂進、腸管相互及附近トノ癒着等ハ何レモ腸捻轉ノ有力ナル誘因トナリ得ルモノニシテ、從ツテ腸管膜様包裹症ニ腸捻轉ヲ合併シテモ敢テ不思議デハナイ。

診斷困難ナリシ肝臓肉腫ノ 1 例

山 田 憲 吾 (京都外科集談會昭和14年10月例會所演)

患 者：49歳、男(昭和14年23/V入院)

主 訴：腹部腫脹

現病歴：約3ヶ月前頃ヨリ何トナク心窩部ニ異和ノ感アリ食思ガ不振デアツタ。本年2/V肉體の過勞ヲナシタルニ、翌朝起床ニ際シ、右側胸下部ヨリ右季肋下部ニカケテ激烈ナ緊張感ガアリ、又吸氣時ニ右胸部ニ刺痛ヲ來シ起床不能デアツタ。ヨツテ該部ニ溫濕布ヲ適用シ疼痛ハ約1週間ニシテ漸次消退シタガソノ頃右

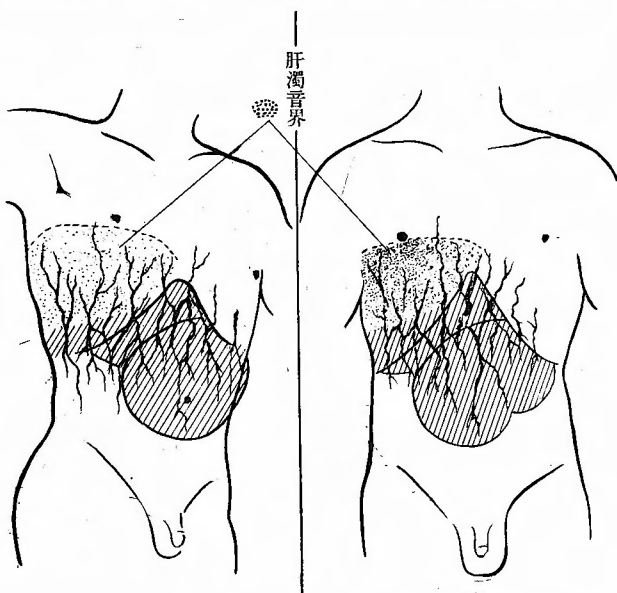
季肋下部が軽度＝腫脹シテ居ルコト＝氣附イタ。種々醫療ヲ受ケテ居タガ腫脹ハ漸次ソノ度ヲ加ヘ食慾ハ著シク害セラレ倦怠感増加シ、8月＝入リテカラハ腫脹ハ特＝著明＝増大シタ。約10回ト線深部治療ヲ受ケタルモ腫脹ハ縮小シタトモ思ハレヌ。最近約2週間以來仰臥スルト背部＝神經痛様疼痛ヲ來スヤウニナツタ。發病以來黃疸ヲ來シタコトハナイ。便通1日1行、性狀尋常。睡眠ハ疼痛ノタメ障碍セラレテ居ル。

既往歴：昭和11年2月(約3年前)右眼ノ視力障碍ヲ訴ヘ本院眼科ニ於テ脈絡膜黒色肉腫ノ診斷ノ下ニ右眼ノ摘出術並ニ線照射療法ヲ受ケタ。ソノ他健康ニシテ著患ヲ識ラズ、花柳病ハ否定。

家族歴：祖父ガ胃癌デ死亡セル外特記スベキコトナシ。

現症：體格、骨格中等度、榮養稍々衰フ。皮膚＝異常ヲ認メズ。體位ハ積極的右側臥位、脈搏1分時60、整正、緊張良、頭、顔面、頸、胸部＝著變ヲ認メズ。脊柱、四肢＝モ異常ナシ。

局所所見(圖參照)：上腹部ハ強ク腫脹シ大人頭大ノ腫瘤ヲ見ル。ソノ擴リハ上方ハ劍狀突起ヨリ8cm、下方ハ右乳腺、左方ハ左肋弓＝隠レ、下方ハ臍ヨリ7cm、下方＝及ブ。腫瘤ハ左下界＝於ケル1ツノ嵌入以外一般＝平滑。被覆皮膚ハ緊張シ、心窩部、季肋下部、右側腹上部＝上方＝向ヒ走ル靜脈怒張ヲ認メルガ其ノ他皮膚＝ハ異常ナク蠕動不穩、搏動性運動等モ認メラレズ。腫瘤ハ直腹筋ヲ緊張セシムレバ消失シ呼吸＝際シ上下＝移動ス。呼吸時ノ固定ハ不能。觸診的＝腫瘤＝ハ溫度上昇ナク、一般＝緊張弾力性、波動ハ著明ナラズ。打診上腫瘤部ハ完全＝濁音ヲ呈ス。尙ホ右肋弓トノ間＝柄狀ノ形成物ヲ觸レ、右側臥位ヲ取ルト左肋弓＝隠レテ居タ腫瘤ガ現レ出ル。肝濁音界ハ著明＝増大シ右側第Ⅴ肋骨上緣以下デ中央腋窩線＝於テ山形＝高クナル。併シ呼吸移動性ハ尋常。脾臓ハ觸レズ。腹水ヲ證明セズ。肛門内觸診＝ハ異常ヲ認メズ。



尿：黃褐色透明、酸性、比重1020、成分、沈渣＝異常ヲ認メズ。Lウロビリノーゲン¹陰性。

糞便：黃褐色、硬度尋常、臭氣甚シカラズ。消化良好。蟲卵ヲ證明セズ。肉眼の出血並ニ潜血反應陰性。

血液(24/VII)：赤血球380萬、血色素(ザリー)77.5%、白血球6000。血液像：中性81%(分核71%、桿狀核3%)、Lエオジン¹嗜好性2%、鹽基嗜好性0%、淋巴球11%、單核並ニ移行5%、即チ貧血並ニ中性嗜好性細胞增多症。赤血球沈降速度：平均價9.5mm、血清ワ氏反應並ニザックス反應陰性。

脾臟機能検査：尿中Lデアスターゼ²⁶、核溶解反應及血糖検査ニ著變ナシ。即チ機能障碍ヲ證明セズ。

肝臟機能検査：尿中Lウロビリノーゲン¹、Lウロビリン¹共ニ陰性、血清高田氏反應中等度陽性、Lサントゾール¹試験ニテハ稍々障碍アリ。其他異常ナシ。即チ肝臟機能ハ一部障碍セラル。

腹部ト線検査：胃ハ腫瘤ノ周圍ヲ廻ツテ細長クナツテ居ルノミデ胃自身ニハ變化ヲ認メズ、幽門ノ位置正常。腫瘤ハ圓形、肝臟トノ移行不明ナルモ胃ニヨツテ岡マレタ像カラ小網膜ノ方向ニ現ハレタ脾臟囊腫トモ考ヘラレル。併シ肝臟腫瘤ニテモ左肝葉ヨリ發生シタモノハ此ノ形態ヲ取ルカラソノ鑑別ヲ要ス。

診斷：以上ノ所見ヨリシテ斯クノ如キ囊腫性ノ腫瘍ガ脾臟腫瘍カ肝臟腫瘍カハ問題トナル所デアル。肝臟腫瘍トスレバ、本患者ハ既ニ約3.5年前＝眼底ノ脈絡膜肉腫ヲ罹患シテ居ルコトカラソノ轉位ガ第一ニ考ヘラレル。併シ腫瘍ノ位置の關係カラハ脾臟囊腫モ除外出來ナイ。

本患者ニ於テハ是等ノ點ニ就テ更ラニ十二指腸單獨撮影其他ノ諸検査ヲ行ハント考ヘタルモ28/V ヨリ不明ノ熱發(最高39°C)、腰背部ノ神經痛様疼痛並ニ左上腹部ノ堪ヘ難キ鈍痛等ヲ來シ、加フルニ腫瘍ハ左季肋下部ヘ急速ニ増大セルヲ以テ必要ナル検査ヲ殘セルマ、開腹術ヲ行フコト、シタ。

試験の開腹術(1/X): 上腹部正中切開ニ依リ腹腔ニ達ス。一般ニ皮下靜脈鬱血強ク皮下脂肪組織並ニ體壁腹膜ニ粟粒大黒斑ヲ認ム。體壁腹膜ハ青黑色囊腫様腫瘍表面ト比較の緊密ニ癒着セルモ之ヲ鈍性ニ剝離スルコトガ出來タ。腫瘍ハ左肝葉ノ全般的腫脹デ肝圓靱帶ヲ右前腋高線マデ強ク壓排シ、青黑色緊張弾力性、平滑、邊緣ハ著シク鈍圓、假性波動ヲ證明ス。健康ナル肝組織ヘノ移行部ハ著明デナイ。波動ヲ呈セル部ノ所々ニ穿刺ヲ行ツタガ少量ノ血液ト黑色雲片様物質ヲ吸出シ得タノミ。右肝葉所見ハ略々正常。脾臓ハ正常。腹水ハ少量デ淡黃色。依リテ腹腔ハ2層ニ縫合閉鎖ス。

試験穿刺ニヨリ得タ黑色雲片様物質ハ顯微鏡のニハ細胞體內ニ多量ノ「メラニン」顆粒ヲ含有シ幼弱不正形ナ核ヲ有スル細胞群ヨリナル。腹膜ノ粟粒大黒斑ハ組織學的ニ黑色肉腫ノ轉移ナリ。即チ肝臓腫瘍モ轉移性ノ黑色肉腫ト推斷セラル。

経過: 手術翌日ヨリ2〜5分ニ反復スル惡心嘔吐アリ、吐物ハ初メ胆汁様物、後次第ニ珈琲殘渣様物又ハ新鮮血液ヲ混ズルニ至ル。加フルニ堪ヘ難キ腰背痛ハ如何ナル麻醉藥モソノ效果ナク、一般狀態ハ漸次増惡、5/X遂ニ鬼籍ニ入ル。

考察: 肝臓腫瘍ト脾臓腫瘍トノ鑑別診斷ニ向ツテノ機能検査ハ腫瘍ガ限局性ナル場合ニハあまり重要ナル據點ヲ與ヘテクレナイ。併シ前者ハ腹膜腔、後者ハ後腹膜腔ニ存在スルヲ以テソノ位置の關係ヨリ診斷ハ容易ニ出來ル筈デアルガ本症例ハソノ鑑別ニ著シク困難ヲ感ジサセタモノデアル。唯此ノ例ニ於ケル肝臓機能ノ部分的障碍、神經痛様疼痛、肝濁音界ノ増大、皮膚靜脈怒張等ハ肝臓ノ惡性腫瘍ヲ思ハシメルモノデアツテ、此際氣腹法、十二指腸單獨撮影法等ノレ線學的検査ヲ行ツタナラバ更ニ確實ナ診斷ヲナシ得タモノト考ヘラレル。

肝臓惡性腫瘍ガ癌カ肉腫カト云フコトニ就テハ鑑別不能ナルコトモアルガ著シク大ナル腫瘍ノ場合ハ癌ヨリハ寧ロ肉腫ヲ考ヘタ方ガヨイ。

肝臓肉腫ハ原發性ニ來ルコトモ相當ニ報告サレテ居ルガ大部分ハ轉移性ノモノデアル。黑色肉腫ハ好ンデ肝臓ニ轉移スルモノデアルガ特ニ脈絡膜黑色肉腫ハ原則的ニ肝臓ニ轉位シ、專ラ晩期性(罹患眼摘出後3〜4年)ニ來ルノガ特徴デ淋巴腺轉移ハナイトサレテ居ル。

外傷ニ續發シタル睾丸惡性腫瘍ノ1例

福 中 一 雄 (京都外科集談會昭和14年11月例會所演)

患 者: 35歳, 男 (本年30/X入院)

主 訴: 左側腰部ノ劇痛

現病歴: 昭和13年25/V 戦場ニテ馬ニ蹴ラレ意識喪失、鼠蹊部、陰囊部ニ疼痛腫脹ヲ來シタガ其後疼痛ハ去リ從軍シ得タ。約1ヶ月後下痢ヲ來シ軍醫ノ診察ヲ受ケタ際、外傷ヲ受クル迄ハ全く健全デアツタ左側睾丸ノ腫脹シテ居ルコトヲ注意サレタ。外傷後4ヶ月目頃ヨリ左鼠蹊部ニ牽引性鈍痛ヲ覺エ左側睾丸ハ漸次増大シテ、本年6月ニ至リ左鼠蹊部ノ疼痛ハ激烈トナリ腰部ヘモ及ビ神經痛様トナリ、13/V 左側睾丸ノ剔出術ヲ受ケタ。然ルニ鼠蹊部ノ疼痛ハ消失シタガ腰部ノ疼痛ハ漸次増強シ9月上旬ニ至リ右鼠蹊部、右下腹部ニモ劇痛ヲ來ス様ニナリ、4/Xニハ下腹部全體ニ灼熱様、穿通性ノ堪ヘ難キ劇痛トナリ、更ニ6/X心窩部ヘ擴ガリ神經痛様トナリマタ左下肢ヘ放散シ劇痛益々増強シ、其後毎日麻醉劑ノ注射ヲ受ケタガ睡眠出來ズ、排便排尿共ニ困難トナリ食思ハ急ニ減退シタ。

既往症、家族歴ニハ特記スベキモノナシ。

現在症：一般所見：體格大、栄養稍低下、皮膚稍々黃色、體位ハ左側臥位ニシテ兩足ヲ強ク屈曲、顔貌癡笑様。頭部、顔面、胸部内臓ニハ病の所見ヲ認メズ。

局所所見：左鎖骨上窩ニ2個ノ腫瘍ヨリナル腫脹アリ。鶏卵大、限界鮮明、皮膚色調正常、皮下靜脈稍々怒脹、局所溫度ノ上昇ナク無痛性、弾力性軟、周圍トノ癒着ナク、表面平滑、多少壓縮性ヲ認ム。搏動性浮腫等ハ證明セズ。左上肢ニハ運動機能、皮膚知覺、反射等ニ異常ヲ認メズ。

腹部ハ全體トシテ膨滿セズ。心窩部及ヒ左季肋下部ニ境界不鮮明ノ手拳大ノ膨隆アリ、該部ノ皮膚ニハ異常着色、靜脈怒脹等ヲ證明セズ。腹筋ハ強ク緊張シ殊ニ左側腹部ニ甚ダシク、膨隆部ニ一致シテ彈性軟、表面凹凸、無痛性、周圍トハ全ク移動性ナキ腫瘍ヲ觸知ス。

左鼠蹊部ニハ鼠蹊韌帶ノ上部ニ胡桃大ノ頸部腫瘍ト同一性質ノ腫瘍1個ヲ證明ス。左側睪丸、副睪丸ハ缺如セルモ右側ハ健常。

左下肢ニ於テハ筋力、Tonus 共ニ稍々衰へ、皮膚知覺ハ L_2 , L_3 , L_4 ニ一致シテ觸覺、溫度感覺、痛覺共ニ減退ヲ示ス。感覺過敏、異常感覺等ヲ證明セズ、深部感覺全ク健常。腱反射ハ膝蓋、 \angle アヒレス \angle 腱反射共ニ消失、異常反射ヲ證明セズ。右下肢ハ全ク健常。

左側臂部ニハ輕度ヲ壓痛點ヲ證明スルモ、ラセギュー (Lasègue) 氏現象ハ認メズ。

血液像：赤血球475萬、血色素62% (ザーリ)、白血球9820、中性多核白血球78%、淋巴球19%、單核細胞及ビ移行型3%、嗜鹽基性白血球0%、嗜 \angle エオジン \angle 性白血球0%。

尿検査： \angle ウロビリ \angle 、 \angle ウロビリノーゲン \angle 共ニ陽性、其ノ他異狀ナシ。

血液： \angle 氏反應陰性、血清高田氏反應中等度陽性。

\angle 線検査：胸部ハ縱隔竇ニハ頸部ニ至ルマデ陰影像ヲ證明シ、肺部ニハ播種性ニ大小ノ陰影像ヲ證明ス。脊椎骨ニハ著變ヲ認メズ。 \angle ミエログラフイー \angle デハ \angle モルヨドール \angle ハ直チニ脊椎管最底部迄下降シテ管内ニ通過障礙ヲ證明セズ。

診斷：睪丸腫瘍ノ汎發性轉移、而モ第Ⅱ、第Ⅲ、第Ⅳ腰髓ノ支配下ニ於ケル感覺及ビ運動機能障害方同時ニ來テ居ルノデ脊髓神經ヨリ末梢ニ變化ガアルモノ即チ後腹膜腔特ニ心窩部ニ於ケル轉移ニヨル壓迫症狀デアルト考ヘラレル。

手術及ビ處置：本患者ニハ根治手術ハ不可能デアルガ激烈ナル神經痛様疼痛ヲ中斷スル目的デ脊髓蜘蛛膜下腔内 \angle アルコール \angle 注入ヲ行ツタ。先ヅ患者ヲ膝肘位ニテ骨盤部ヲ高クシ第Ⅱ、第Ⅲ腰椎間デ純 \angle アルコール \angle 0.5 \angle 鈍鉗2回極メテ徐々ニ注入シタガ、骨盤部疼痛ハ去ラズシテ膀胱直腸障礙ヲ來シタ。次イデ2日後第2回ノ \angle アルコール \angle 注入ヲⅪ—Ⅻ胸椎間ニ行ツタ所骨盤部疼痛ハ漸次非常ニ輕快シ腹部ノ自覺障礙ハ全ク消失シタ。然シ膀胱直腸障礙ハ依然トシテ残ツタ。

左鎖骨上窩ニ弓形皮膚切開ヲ行ヒ腫瘍ヲ檢スルニ表面平滑、暗青黑色、靜脈怒脹強ク、彈性軟、癰腫様、皮膚及上部トノ癒着ハ殆ド認メ難ク下部ハ鎖骨下血管並ビニ縱隔竇ヘ強ク癒着シ剔出不可能ナルタメ試験的切除ニ止ム。

左鼠蹊部ノ腫瘍モ鎖骨上窩ノモノト同様ノ性狀ヲ有シ、鼠蹊管内ニ在リ、周圍トノ癒着ハ認メズ、精系ト強ク癒着ス。

14/XI 劍狀突起下ヨリ臍ト耻骨縫際トノ中間ニ至ル正中切開ニテ開腹。腫瘍ハ上腹部全體ヲ滿シ大人頭大、胃結腸ヲ後方ヨリ前上方ニ強ク押し上ゲ而モ之等トハ比較的強ク癒着シ、脾臓ハ全ク腫瘍化シ結腸間膜ヲ越エテ下方ニ現ハレ臍部ヘ及ビ右方ハ肝臓下腔ヲ、左方ハ肋骨弓ヲ超エテ横隔膜ノ下腔ヲ滿シテキル。脾臓ハ全ク其ノ原形ヲ認メナイ。

腫瘍ノ表面ハ暗黒褐色デ光澤ヲ有シ、粗大ナ凹凸不整、境界鮮明、彈性軟、假性波動アリ。容易ニ出血ス。大動脈、總腸骨動脈ニ沿フ轉移ナシ。腸歸係、大網膜、肝臓等ニ轉移ナシ。

組織學的検査：鎖骨上窩、鼠蹊部腫瘍、睪丸腫瘍トモニ grosszelliges Rundzellensarkom デアツタ。

考察：本患者ハ外傷ヲ誘因トシテ睪丸ニ肉腫ヲ發生シ急劇増殖シ、淋巴道ニヨリテハ後腹

腹腔、縦隔竇腔ヲ經テ左鎖骨上窩部ニ迄著明ナ轉移ヲ、更ニ血行性ニハ肺ニ轉移ヲ來シ、遂ニ死ノ轉移ヲトツタモノト考ヘラル。ソノ經過中腫瘍ガ後腹膜腔ニ於テ神經ヲ壓迫シ、タメニ腰部及ビ下肢ニ劇烈ナ疼痛ガ來タモノト考ヘラル。而シテコノ神經痛様ノ疼痛除去ノ目的ニ行ツタ「アルコール」注入ハ最初第II、第III腰椎間ニ行ツタガ疼痛ハ去ラズ、却ツテ膀胱直腸障礙ヲ來シ、次デ第XI、第XII胸椎間ニ注入シテ始メテ疼痛ヲ除去シ得タ。

大腿頸部骨折ニ對スル骨移植ト轉子間斜截骨術合併手術例

金 將 星 (京都外科集談會昭和14年10月例會所演)

患 者: 小○國○, 50歳

主 訴: 歩行障礙

現病歴: 約4年前雪道ニ倒レ左側腰部ヲ強打シ、左下肢ノ運動ハ著明ニ障礙セラル。其ノ後2年ヲ經過セシ時ヨリ杖ニヨリ辛ウジテ歩行シ得ルニ至リタルモ昨年12月ヨリ再び就床スルニ至リ爾來約40日間右側腰部ヨリ膿汁ノ排出ヲ認メタリ。

局所々見: 兩側下肢ハ何レモ著明ニ萎縮シ左下肢ハ稍々外旋ス。Spinamalleolendistanz ハ左側ハ右側ニ比シ3糎短縮セリ。左股關節部ニ皮膚發赤、靜脈怒張ナシ。股關節ノ運動ハ極度ニ制限セラレ、外開、内閉何レモ殆ンド不可能ニシテ他働的ニ之ヲ強フルトキハ激痛ヲ發ス。左膝關節ハ輕度ノ攣縮ヲ示シ、90度以上ノ屈曲ハ不能ナリ。

ト線検査: 左大腿骨頸部ニ中間部骨折ヲ認ム。骨折面ハ一部滑下シテ大轉子ハ骨頸部ヨリ著シク上方ニ在リ。即チ骨折轉位ノ狀ハ骨頭片ハ外開シ、其ノ骨折面ハ外前方ニ向ヒ、末梢片タル大腿骨頸部ハ上昇シ、且ツ外旋ス。骨盤骨、大腿骨頸部、大腿骨々幹部ニ輕度ノ萎縮ヲ認メ大腿骨々頭ノト線陰影稍々濃密ナリ。

手術所見: Albee氏自家骨釘穿通法ニ據ル骨移植及ビ轉子間斜截骨術ノ兩法ヲ合併實施セリ。即チ約10日間ニ互ル重錘牽引療法ヲ試ミタル後左側大轉子ノ外側ヨリ上下ニ約10糎ニ互ル皮切ヲ加ヘ大轉子ヲ型ノ如ク露出セシメ大腿骨幹部長軸ト115度(大腿骨頸部前捻角12度)水平面トハ12度ノ角度ヲ保ツ方向ニ大轉子下方ヨリ骨折部ヲ經テ骨頭ニ穿孔シ(約8糎ノ深サ)健側頸骨ヨリ摘出シ得タル自家骨釘ヲ叩キ込ミ骨移植ヲ終リ、次イデ大轉子外下緣ヨリ2—3糎下方ヨリ斜内上方ニ約60度(大腿骨長軸トハス角)傾斜ヲナシ、小轉子ノ上緣ニカケテ截骨術ヲ行ヒ下骨片ヲ40度外開位トナシ義布斯繃帶ヲ行ヘリ。

考 按: 本症例ノ如ク受傷骨折後4ケ年ヲ經過シタル所謂大腿骨頸部骨折遷延治療ノ狀態ニアリ、而モ強度ノ機能障礙ニ惱メル非觀血の治癒ノ見込ナキ症例ニ於テハ自家骨釘固定法及ビ截骨等ノ手術の療法ノ施行ヲ必要トス。即チ本例ニ於テ此ノ兩法ヲ併用シタリ。自家骨釘固定法ニヨリ骨頭ノ固定ヲ行ヒ、且ツ其ノ際加ヘタル biochemischer Reiz ニヨリ骨頭癒合ヲ促スト共ニ他方轉子間截骨術ニヨリ舊骨折面ヲ水平ニ近付カシメ、骨折面ノ受クル負荷力ノ垂直分力ヲ大ナラシメ平行分力ヲ小ナラシムルコトニ力メタルモノニシテ、斯ル手術法ハ陳舊性大腿骨頸部骨折ニ對シテハ最モ合理的方法ナラント考ヘラル。

麻痺性尖足ニ對スル足關節制動術ノ1例

金 將 星 (京都外科集談會昭和14年10月例會所演)

患 者: 木○繁○, 32歳, 男子

主 訴: 左足關節ノ運動障礙及ビ左下腿ニ於ケル知覺障礙

現病歴: 約1年半前北支出征中砲車ニ依リ左膝關節部ヲ轢過セラレ其ノ局所ニ有痛性腫脹及ビ皮膚缺損ヲ來シ左下肢ニ運動障礙及ビ知覺ノ鈍麻ヲ來セリ。

局所々見：左下肢ハ右下肢ニ比シ著明ニ萎縮ス。僅カニ外開旋位ヲ取ル。左足背ハ著明ナル浮腫ヲ呈ス。左下肢ノ運動ハ著明ニ障礙セラレ、股關節ノ外開及ビ内閉運動ニ制限アリ、膝關節ノ運動ハ 60° ニ制限セラル。膝蓋反射ハ左側ニ於テ充進シ \bar{L} アヒレス \bar{r} 腱反射ハ消失ス。異常反射ヲ認メズ。左足關節ノ運動モ亦自動的ニ不能ニシテ他働的ニモ著シク制限セラレ著明ナル尖足ノ狀ヲ呈セリ。

手 術：左下腿背部 \bar{L} アヒレス \bar{r} 腱部ニ於テ長サ約20 \bar{r} ノ弓狀皮切ヲ加ヘ \bar{L} アヒレス \bar{r} 腱ヲ露出シタル後、中央ニ於テ其ノ長軸ニ沿ヒ之ヲ二分シ外側ノモノヲ豫メ施シタル外裸部ヨリ足尖ニ向ヘル約5 \bar{r} ノ皮切部ニ通ジ次イデ骰子骨ヲ露出シテ之ヲ前述ノ \bar{L} アヒレス \bar{r} 腱端ト縫合シ尖足位ヲ矯正セリ。更ニ \bar{L} アヒレス \bar{r} 腱内側ノモノハ型ノ如ク \bar{L} アヒレス \bar{r} 腱延長縫合術ヲ施セリ。然ル後健側ノ脛骨ヨリ1 \bar{r} ×9 \bar{r} ノ骨片ヲ摘出シ患側ノ跟骨ト脛骨トノ間ニ挿入セリ(ツーバー氏後方足關節制動術)。皮膚縫合ヲナシ副木綿帶ヲ施シテ手術ヲ終ル。

考 按：足關節部ノ運動麻痺及ビ種々ナル麻痺性畸形ニ對スル觀血の矯正法トシテ Fritz, Lange ノ腱手術, Whitman ノ Astragalectomie (距骨切除術) 及ビ Arthrorise (關節制動手術) 等アルモ Astragalectomie ノ如キ Arthrodesse ニ依リテハ關節運動ノ犠牲大ナルニヨリ Arthrorise ガ用ヒラレルニ至ツタ。

1917年 Toupet 氏ハ初メテ足部麻痺性畸形ニ對シ下踝關節ヲ癒着セシメ上踝關節ハ其ノ強直ヲ防ギツ、遊離又ハ有莖骨片突起ニ依リテ其關節運動ヲ制限セシメ良好ナル遠隔成績ヲ招來セリ。本症例ニ於テハ腓骨神經領域ノ高度ナル麻痺ノ爲麻痺性尖足ヲ來シタルモノニシテ脛骨神經領域ニハ尙ホ相當ノ筋力ヲ保持シ居ルモノナリ。併シナガラ是等殘存筋力ヲ利用シテ單ナル \bar{L} アヒレス \bar{r} 腱延長術及腱移植術ノミ施シ尖足ノ矯正ヲ行フモ其ノ效果ニ多クノ期待ヲカクルコト能ハズ。此ノ際 Arthrodesse ニヨリ日常生活ノ多大不便ヲ忍ビテマデ足關節ヲ固定シテシマヒ切角殘存セル脛骨神經支配下ノ筋力ヲ放棄スルノ必要ハ毫モ無キナリ。從ツテ Arthrorise 及 \bar{L} アヒレス \bar{r} 腱延長術ニヨリ尖足ヲ矯正シタル上足關節ノ背側屈曲力ノ恢復ヲ企圖シテ、 \bar{L} アヒレス \bar{r} 腱ノ一部ヲ足背ニ移動シテ腱移植術ヲ行ヘルモノナリ。

斯クノ如ク本例ニ於テハ Arthrorise, Tenotomie, Sehnentransplantation ノ合併ニヨリ良好ナル成績ヲ擧ゲ得タルモノニシテ更ニ良好ナル遠隔成績ヲモ期待シ得ルモノト信ズ。

レ線像上骨肉腫ト診斷サレタル大腿骨幹結核ノ1例

渡 邊 三 喜 男 (京都外科集談會昭和14年9月例會所演)

長管狀骨ニ於ケル結核ハ、多クハ骨端或ハ體端間部ヲ侵シ、骨幹侵サル事ハ稀デ本邦ニ於テハ痲腫樣骨結核(Ostitis tuberculosa cystoides)ノ數例ガ報告サレテキルニ過ギナイ。

患 者：17歳、男

主 訴：左膝關節ノ無痛性腫脹

現病歴：5年前躰イテ左膝關節部ニ輕イ打撲ヲ受ケ、同部ガ有痛性ニ腫脹シ、歩行不能トナツタ。濕布ニ依ツテ疼痛ハ輕快シタガ腫脹ハ去ラズ、爾來跛行セリ。腫脹ハ次第ニ増加スル様ニ思ハレタガ、約1ヶ月前ヨリ急ニソノ大サヲ増シ、且局所ノ溫度上昇ニ氣付イタ。

既往症：生來虛弱デ、8歳ノトキ、腎疾患ニテ浮腫ヲ來セシコトアリ。呼吸器疾患ヲ經驗セズ。

家族歴：父親ハ腎疾患ニテ10年前死亡、母親ハ健在デアルガ、早産2回。

現 症：體格小、骨格稍々纖弱、脈搏整調、1分時80、緊張良、胸部臓器ニ異常ナシ。腹部ニ於テ左乳線上季肋下約1 \bar{r} ニ臍ヲ觸ル、他異常ナシ。

局所々見：左下肢：右下肢ヨリ短カク、膝關節ニ於テ約 150° ノ屈曲位ヲ取り、稍々外旋ス。膝關節部ハ小兒頭大ニ腫脹、膝蓋骨ノ Kontur ヲ見得ズ。局所皮膚ニハ輕度ノ靜脈怒張及著明ナル溫度上昇アリ。搏動ヲ認メズ、且搏動音ヲ聞カズ。脛腹部ニ一致シテ腫瘍ヲ觸レ彈性硬、表面平滑、上端ニ波動ヲ證明ス。被蓋皮膚トハ移動性ナルモ、關節或ハ骨ト直接關係アルモノ、如ク移動性ナク膝關節窩ニ於テ骨硬ノ抵抗アリ。膝蓋骨ハ腫脹ノ下端ニ觸レ、跳動ヲ證明セズ。膝關節ノ運動ハ自動的ニモ、他動的ニモ全ク障害サル。支配下淋巴腺ノ腫脹アリ。一般ニ左下肢ハ筋肉ノ萎縮著明、大轉子踝間距離ハ右ヨリモ約3.5厘米短小。

體 溫：全經過ニ亙リ、毎夕 37.2°C 内外ニ至ル上昇アリ。

血 液：輕度ノ貧血アルモ血液像ニ著變ナシ。赤血球沈降速度ハ強度ニ促進ス。ワ氏及ビ Sachs-Georgi 氏反應何レモ強陽性(微毒性疾患ノ既往症ナキ爲、母親ノ血清反應ヲ檢スルニ強陽性)。

骨髓像、糖質代謝共ニ著變ナシ。Mantoux 氏反應：強陽性。

レ線検査：胸部レ線像ニ著變ヲ認メズ。

局所レ線像：大腿骨下端ヨリ約10厘米ノ高サ即骨端間部ニ近キ骨幹部ニ骨折アリ。骨折部ニ近ク透影部、稍々離レテ著明ナル化骨新生部アリ、骨折端ニ近ク、骨萎縮及骨膜肥厚ヲ證明ス。

臨床診斷：腫瘍殊ニ惡性腫瘍ト考ヘラル。

試験的切除：膝關節ノ側面ニ於テ筋膜直下ニ灰赤色肉芽様組織アリ、ソノ骨ニ近キ深層ヲ骨ノ一部ト共ニ試験的ニ切除ス。同時ニ鼠蹊部淋巴腺ヲ摘出。何處ニモ膿汁、乾酪様物質、腐骨等ヲ認メズ。創ハ凡テ第Ⅰ期癒合。

組織學的所見：典型的増殖型ノ結核。摘出淋巴腺ニモ同様ノ結核ヲ認明ス。菌染色陰性。

經 過：約1ヶ月後、第Ⅰ期癒合瘢痕ノ一部ハ發赤、腫脹シ來リ、切開スルニ多量ノ乾酪様物質及膿汁ヲ排出後瘻孔ヲ殘シ、膿汁分泌シマズ。

動物試験：上記膿汁ヲ海狸皮下ニ接種シ、14日後ツベルクリン⁷反應ヲ檢スルニ陰性。1ヶ月後開腹シ淋巴腺ヲ檢スルニ、肉眼的及組織學的ニ變化ナシ。

手 術：大腿切斷ノ目的ヲ以テ大腿中央部ヲ開クニ皮下ニ結核性肉芽及乾酪様物質アリ、股關節離斷術ヲ行フ。術後經過良好。

切除大腿骨標本：結核性變化ハ上ハ大腿上 $2/3$ ニ及ビ、下ハ僅カニ膝關節ニモ變化アリ。骨折部ニ近ク、レ線像ノ透影部ニ相當シテ膿汁潑溜シ、コレヲ圍ンデ化骨新生著明ナリ。

考 察：本症例ノ大腿骨骨幹及ソノ周圍軟部ニ及ベル結核ナルコトハ組織像ニヨリ明白デアール。動物試験及組織標本ノ結核菌證明ハ陰性デアツタガ、赤血球沈降速度、マントウ氏反應、經過等ヨリシテモ結核タルコトガ考ヘラレル。

結核性病變ハ先ヅ大腿骨骨端間部ニ始リ、骨萎縮ヲ來シ骨皮質部ハ菲薄トナリ、僅カノ打撲ニヨリテ骨折ヲ惹起シ、結核性變化ハ周圍軟部ニ、次デ支配下淋巴腺ニモ波及シタモノト推察セラル。

鑑別診斷トシテ先ヅ骨腫瘍ヲ除外セネバナラス。殊ニ本症ニ於テハ局所ノ溫度上昇並ニ最近ニ於ケル腫脹ノ増大等ガ惡性腫瘍ヲ思ハシメタノデアアルガ、之レハ結核性變化ノ進行ト共ニ更ニ骨折ニヨル轉位ガ劇シク起ツタ爲ト考ヘラレル。

又ワ氏反應強陽性ナル點ヨリ骨微毒ヲモ考慮セネバナラスガ本例ニ於テハ數ヶ月ニ亙ル驅微療法ニモ關ラズ病變ハ却ツテ進行シタト思ハレル點並ビニ組織像ヨリ微毒ハ除外シ得ル。